

Service de l'organisation scolaire et du transport
955, boul. St-Martin Ouest
Laval (QC) H7S 1M5
ost@csslaval.gouv.qc.ca
(450) 662-7000 Poste : 1324

Nouvelle demande : Oui Non

Renouvellement : Oui Non

Secteur : Régulier

Adaptation scolaire

Date de la demande : 2023-08-07

1 - IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

| | |
|---|--|
| Nom et prénom : _____ | Code permanent : _____ |
| Adresse : _____ | Fiche : _____ |
| Date de naissance: _____ | Code de difficulté, si applicable : _____ |
| Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> | Ordre d'enseignement : Presco <input type="checkbox"/> Prim <input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> |
| Centre de services scolaire d'origine : _____ | Niveau : 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> |

2 - IDENTIFICATION DE L'ORGANISME SCOLAIRE CHOISI

| | |
|---|--|
| Centre de services scolaire # école: _____ | École choisie: _____ Programme: _____ |
|---|--|

3 - IDENTIFICATION DES PARENTS OU DU RÉPONDANT

| | |
|---|---|
| Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> | |
| Nom et prénom du père ou du répondant | Courriel du père ou du répondant |
| Tél. Maison: _____ | |
| Tél.Travail: _____ poste _____ | Courriel de la mère ou de la répondante |
| Cellulaire: _____ | |
| Nom et prénom de la mère ou de la répondante | Nouvelle adresse, s'il y a lieu |
| Tél. Maison: _____ | |
| Tél.Travail: _____ poste _____ | Date de l'entrée en vigueur |
| Cellulaire: _____ | |

4 - SIGNATURE DU PARENT OU DU RÉPONDANT

Je consens à ce que mon enfant s'inscrive au centre de services scolaire ci-haut mentionné et à ce que les renseignements recueillis sur ce formulaire soient transmis aux personnes concernées et au ministère de l'Éducation pour des fins de gestion. Je reconnais que cette demande est valide pour une année scolaire seulement et devra être renouvelée annuellement.

* Je reconnais avoir pris connaissance de la décision du centre de services scolaire quant au transport de mon enfant, si applicable.

Signature de l'autorité parentale _____ Date: _____

5 - ACCEPTATION OU REFUS PAR LE CENTRE DE SERVICES SCOLAIRE DE LAVAL

| | |
|---|---|
| Service de l'organisation scolaire et du transport | Service éducatifs : Secteur adaptation scolaire |
| La demande a été : <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée | Recommandation de classement <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée |
| Raison du refus _____ | Transport fourni Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Direction de l'OST _____ Date _____ | Direction des Services éducatifs _____ Date _____ |

Retourner à l'adresse courriel : ost-info-primaire@csslaval.gouv.qc.ca